

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO			
Data i miejsce wypełnienia wniosku			
Nazwisko			
Imię (imiona)			
Nazwa uczelni			
Kierunek			
Rozpoczynany rok studiów			
Numer ewidencyjny PESEL			
Numer telefonu*		Adres e-mail *	
Miejsce stałego zamieszkania			
ulica		nr domu/ mieszkania	
miejscowość		powiat	
kod pocztowy		województwo	
<p>* Urząd Gminy w Krasocinie nie wymaga ujawniania powyższych informacji. Wnioskodawca podaje je dobrowolnie i wyraża zgodę na ich przetwarzanie. Niepodanie tych informacji nie ma wpływu na rozpatrzenie wniosku.</p> <p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none">1) powyższe dane są prawdziwe,2) akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik nr 2 do ogłoszenia Wójta Gminy Krasocin, znane mi są zapisy Uchwały Nr X/63/2024 Rady Gminy Krasocin z dnia 25 listopada 2024 r. r. w sprawie Regulaminu przyznawania przez Gminę Krasocin stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim (Dz. Urz. Woj. Świętokrzyskiego Poz. 4289). <p>Do wniosku załączam:</p> <ol style="list-style-type: none">1) zaświadczenie z uczelni o statusie studenta wraz z informacją o realizowaniu nauki zgodnie z planem studiów, w tym korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów oraz powtarzaniu roku;2) oświadczenie o zamiarze podjęcia pracy w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym jest Gmina Krasocin. <p style="text-align: right;">..... Podpis studenta</p> <p>* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w celu udziału w naborze dotyczącym przyznania stypendium dla studenta kierunku lekarskiego przez Urząd Gminy w Krasocinie, ul. Macierzy Szkolnej 1, 29-105 Krasocin. Wiem, że podanie tych danych jest dobrowolne, a podstawą ich przetwarzania jest moja zgoda, którą mogę wycofać w dowolnym momencie</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis studenta dot. wyrażenia zgody</p>			